

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN....

Neurología

El paciente con migraña

La migraña tiene implicaciones muy importantes tanto a nivel económico, por la gran cantidad de recursos sanitarios, sociales y laborales que consume, como en la calidad de vida de las personas. En su manejo es importante informar y educar al paciente sobre su enfermedad, marcar unos objetivos realistas y fomentar la autonomía del enfermo, ya que es quién decide cuándo y cómo va a tomar la medicación sintomática.

COORDINADORA: MARISA LÓPEZ GIRONÉS

PSICÓLOGA CLÍNICA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE HORTALEZA. ÁREA 4. MADRID.

AUTORAS: MARISA ALFAYA TOMÉ

PSICÓLOGA CLÍNICA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE HORTALEZA. MADRID.

MAITE CLIMENT CLEMENTE

RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE TERCER AÑO



MSD

El lado humano de la medicina
www.msd.es

Pautas para el médico

La falta de información en la persona afectada por migraña puede llevar a la automedicación y al abuso de fármacos que no son específicos para esta enfermedad. Además, es importante tener en cuenta que los objetivos del tratamiento se centran más en el control de los síntomas que en la curación de la patología.

La migraña, una patología médica habitual, es la primera causa de consulta neurológica y una de las más prevalentes en la consulta del médico de Atención Primaria. La importancia con respecto al abordaje desde el punto de vista de este nivel asistencial viene determinada por su alta frecuencia, la necesidad de una detección más activa y las repercusiones socioeconómicas y sobre la calidad de vida del paciente.

Diagnóstico y clasificación

La migraña pertenece al grueso de las cefaleas primarias, es decir aquéllas que no se relacionan con una lesión estructural evidente, que tienen un carácter crónico y episódicamente se hacen sintomáticas.

Lo fundamental a la hora de enfrentarse a una cefalea es hacer hincapié en:

1. Correcta anamnesis: Edad de inicio, frecuencia, intensidad, duración, modo de instauración, características, localizaciones, factores agravantes y aliviantes, síntomas neurológicos y no neurológicos asociados, antecedentes familiares...
2. Exploración neurológica completa: Evaluando la existencia de rigidez de nuca, pares craneales, campimetría, reflejos osteotendinosos, marcha, fondo de ojo...
3. Exploración sistémica.

La completa anamnesis y exploración física está dirigida a efectuar un correcto diagnóstico. El médico de Atención Primaria debe marcarse dos objetivos en la primera consulta que son el descartar una cefalea urgente (Tabla 1) y una cefalea secundaria.

Para esto, se deberá averiguar si se acompaña de fiebre, si el dolor es de meses de evolución o de días o semanas. Si se trata de un dolor de unos días de evolución, investigar acerca de si su instauración fue brusca e in-

tensa, si lleva meses, observar si ha cambiado en sus características, si empeora con la tos, el ejercicio o con las maniobras de Valsalva, si interfiere significativamente con el sueño y si está acompañado de síntomas neurológicos (alguna focalidad, diplopía, somnolencia). Esta anamnesis, como norma general, orientará hacia la no existencia de síntomas de alarma (Tabla 1), con lo que bastará con completar la exploración neurológica con una campimetría por confrontación, visualización de la papila con el oftalmoscopio, pares craneales y principales reflejos osteotendinosos. Además de comprobar si existe rigidez de nuca (si coexiste fiebre o la instauración ha sido brusca) y la palpación de las arterias temporales en el caso de que se trate de una persona mayor de 60 años.

Tras descartar las señales de riesgo, cuya presencia obligaría a derivar al paciente a otro nivel asistencial o a complementar el estudio, habrá que determinar el ti-

TABLA 1. Características de sospecha de una cefalea maligna

- Comienzo de una cefalea reciente de características migrañosas en un paciente mayor de 50 años.
- Curso subagudo con progresivo empeoramiento.
- Presentación brusca e intensa.
- Cambios cualitativos en el patrón de una cefalea preexistente.
- Aura atípica, por ejemplo intensa que se sigue de cefalea nula o leve, prolongada.
- Duración mayor a 72 horas.
- Cefalea estrictamente unilateral.
- Cefalea de carácter gravitatorio que empeora con el sueño, el decúbito o maniobras de Valsalva (tos, estornudos, etc.).
- Aparición nocturna, incluso despertando de madrugada.
- Asociación con cualquier signo de disfunción neurológica, no explicable por un aura migrañosa.
- Presencia de síntomas sistémicos no explicables por la existencia de una migraña o enfermedad sistémica: vómitos, fiebre, pérdida de peso...
- Sospecha de una arteritis de la temporal.
- Falta de respuesta a los tratamientos habituales.

po de cefalea primaria ante el que nos encontramos y elaborar un plan terapéutico.

El diagnóstico de la migraña se realiza de forma clínica, no se dispone de un marcador biológico ni de una neuroimagen confirmatoria. En el año 2004, la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, International Headache Society) consensuó los criterios diagnósticos que se utilizan en la actualidad (Tabla 2). Son criterios en positivo, lo que significa que no se hace necesario descartar otros procesos con pruebas complementarias si se cumplen estos criterios clínicos y no se identifican signos ni síntomas de alarma.

La clasificación de la IHS de 2004 recoge como subgrupo nuevo las complicaciones de la migraña, donde se incluyen:

- Migraña crónica.
- Estatus migrañoso.
- Aura persistente sin infarto.
- Infarto migrañoso.
- Crisis epilépticas inducidas por migraña.

Con esta nueva clasificación desaparece el concepto

de migraña transformada. El de cefalea crónica se define como aquella de una duración superior a 15 días al mes sin abuso de analgésicos (Tabla 3). Existe una amplia variabilidad individual con respecto a las dosis y frecuencias de consumo precisas para desencadenar cefalea de rebote tras la supresión, lo que motiva que se puedan encontrar pacientes con abuso de analgésicos que no alcancen las dosis anteriores.

A modo orientativo se pueden considerar circunstancias sugestivas de derivación a Neurología las siguientes:

1. Dudas en el diagnóstico
2. Sospecha de cefalea secundaria
3. Dificultades de manejo de cualquier tipo.
4. Circunstancias sociales y ambientales: abuso o dependencia de sustancias, minusvalía psíquica, aislamiento, polifarmacia, mala relación médico paciente, y comorbilidad (sobre todo psiquiátrica).
5. Derivadas del curso clínico: aura atípica, variación en las características del dolor, necesidad de segunda opinión, ineficacia o efectos secundarios de los

TABLA 2. Criterios diagnósticos de la IHS, 2004

Migraña sin aura

- A. Haber presentado por lo menos 5 episodios que cumplan los criterios B-E.
- B. Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 horas* (sin tratar o tratados sin éxito). En menores de 15 años, los ataques pueden durar de 2 a 48 horas. Si el paciente se duerme y se despierta sin migraña, la duración del ataque se considera hasta el momento de despertar.
- C. La cefalea ha de tener al menos 2 de las siguientes características:
 1. Localización unilateral*.
 2. Calidad pulsátil.
 3. Intensidad moderada o grave (altera o impide las actividades diarias).
 4. Se agrava con las actividades físicas de rutina (subir escaleras, caminar, etc.).
- D. Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos 1 de los siguientes síntomas:
 1. Náuseas, vómitos o ambos*.
 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. La historia clínica y las exploraciones física y neurológica y, en caso necesario, las investigaciones oportunas, descartan una cefalea sintomática o secundaria.

*En niños, las crisis pueden durar menos, la cefalea es con más frecuencia bilateral y las alteraciones gastrointestinales son más llamativas.

Migraña con aura

- A. Haber presentado por lo menos dos ataques que cumplan el criterio B.
- B. El aura debe cumplir por lo menos 3 de las siguientes características:
 1. Uno o más síntomas completamente reversibles que indiquen disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral, o ambas.
 2. Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos, o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
 3. Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presenta más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.
 4. La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos (puede empezar antes o a la vez que el aura).
- C. La historia clínica, la exploración neurológica y, en su caso, las investigaciones oportunas, descartan una cefalea secundaria o sintomática.

TABLA 3. Abuso de analgésicos/ergóticos. Criterios diagnósticos de la IHS

- Uso diario de analgésicos durante al menos tres meses.
- Mejora o curación tras el cese del consumo.
- Uno de los siguientes:
 - 50g de AAS al mes o equivalente.
 - 100 tabletas al mes de barbitúricos o no narcóticos.
 - Narcóticos.
 - Ergóticos diarios (2 mg VO, 1 mg rectal).

tratamientos habituales, abuso de fármacos y a petición del enfermo.

Etiología y fisiopatología

Se desconoce la etiología precisa de la migraña, aunque casi con seguridad el origen de la enfermedad es genético. Se ha propuesto un origen multigénico, de manera que parece que se hereda un trastorno de la respuesta nociceptiva frente a los estímulos ambientales desencadenantes. Los sistemas serotoninérgicos y adrenérgicos son los que se han involucrado con el desarrollo de la migraña. El inicio de la crisis es un fenómeno neuronal central asociado a vasoconstricción localizada, mientras que el dolor propiamente dicho es un fenómeno vascular periférico, en relación con una inflamación estéril. Queda por saber por qué se produce de forma periódica y cómo se acaba espontáneamente.

Aproximadamente el 90-95 por ciento de las cefaleas (o cefalalgias) son consideradas funcionales, es decir sin una causa orgánica aparente. Algunos autores preconizan la existencia de un trastorno emocional y de personalidad en los dos grandes grupos de cefaleas tradicionalmente consideradas: migrañas y cefaleas tensionales.

Incluso hay autores que cuestionan la validez de la distinción entre diferentes tipos de cefaleas a partir exclusivamente de su sintomatología. Por ejemplo, se ha puesto de manifiesto que tanto los individuos con migraña como los que padecen cefaleas tensionales presentan alteraciones autonómicas, vasculares y musculares, y no puede distinguirse entre ellos diferencias cualitativas en el tipo de síntomas. Igualmente cabe señalar cómo durante la ocurrencia del

episodio de cefalea se han observado en los pacientes con migrañas niveles de tensión muscular frontal incluso superiores a los de los pacientes de cefalea tensional.

Epidemiología

El debut suele suceder en la adolescencia, aunque alcanza su mayor expresividad entre los 25 y los 45 años. En España, la prevalencia es de un 17 por ciento para mujeres y un 7 en los hombres. La diferencia entre sexos probablemente es atribuible a causas hormonales.

Comorbilidad

- Ictus. La relación entre estos dos procesos es bidireccional, ya que una migraña puede conducir a la aparición de un ictus y, por otra parte, y con mayor frecuencia, puede presentar entre sus síntomas una cefalea de características migrañosas. El primer aspecto, el infarto migrañoso, se origina cuando aparece una isquemia durante una crisis de migraña con aura, algo infrecuente, aunque puede llegar a constituir hasta el 5 por ciento de la etiología de la isquemia cerebral en los adultos jóvenes. Se da con mayor frecuencia en migrañosos jóvenes (menores de 40 años). El riesgo de presentar un ictus isquémico se multiplica cuando se asocian otros factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular.
- Epilepsia. Existe una mayor prevalencia de epilepsia entre los migrañosos, así como mayor prevalencia de migraña entre los epilépticos. Probablemente, algunos determinantes de esta comorbilidad sean genéticos y existen otros como los traumatismos craneales que pueden desencadenar ambos procesos. Teóricamente, se tiende a pensar que estos factores podrían originar un aumento de la excitabilidad neuronal o una disminución del umbral para el desencadenamiento de ambos tipos de crisis.
- Personalidad. Clásicamente se ha considerado al migrañoso como perfeccionista, rígido, competitivo, frustrado o hipersensible. No obstante, muchas de estas características derivaban, como en el inicio de los datos epidemiológicos, de poblaciones muy seleccionadas

con acceso a centros especializados. En la última década se han publicado numerosos estudios utilizando cuestionarios estandarizados, que a pesar de tener un diseño con base poblacional, no han tenido en cuenta factores como la frecuencia de las crisis o su incapacidad, tampoco han establecido correcciones en función de otras alteraciones psiquiátricas presentes. Aún teniendo en cuenta estas limitaciones, todos los estudios indican un aumento del neuroticismo en la población migrañosa.

- Trastornos psiquiátricos. La comorbilidad de la migraña con la depresión mayor, trastorno de pánico y otras alteraciones psiquiátricas ha sido valorada en varios estudios, encontrándose en todos una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos con cifras de riesgo multiplicadas entre 2 y 3 veces para las diferentes alteraciones.

También se ha investigado prospectivamente la relación entre depresión y migraña encontrando que el riesgo relativo de la aparición de depresión mayor era de 4,1 entre los migrañosos y el riesgo de aparición de migraña entre los depresivos era de 3,3. Estas cifras de riesgo en ambas direcciones son incompatibles con una explicación unidireccional en cualquiera de los sentidos.

Impacto socioeconómico

La migraña tiene implicaciones muy importantes tanto a nivel económico, por la gran cantidad de recursos sanitarios, sociales y laborales que consume, como en la calidad de vida personal de quien la padece. Es grande la preocupación en el migrañoso: la repetición de los ataques de dolor, el constante temor a padecer uno nuevo, el perjuicio sobre la vida familiar, social y laboral, etc. La actividad social y la capacidad laboral se reducen notablemente en casi todos los pacientes afectados por migrañas.

A pesar de afectar directamente a la vida personal, familiar, laboral y social, el 22,5 por ciento de los pacientes nunca consulta al médico, observándose un alto porcentaje de infradiagnóstico e infratratamiento. Así, provoca altos costes laborales y disminuye el rendimiento laboral, siendo su coste laboral (absentismo + pérdida de productividad) de más de 1.838 millones de euros al año en nuestro país.

Tratamiento

Tras el diagnóstico de cefalea migrañosa, debe informarse al paciente de manera correcta y amplia acerca de su dolencia, incluyendo las causas, factores desencadenantes, mecanismo, arsenal terapéutico del que se dispone y la presumible evolución. Deberá potenciarse el adecuado manejo de los factores desencadenantes, con el fin de reducir el número de crisis y posteriormente se indicará el tipo de tratamiento sintomático a seguir en cada uno de los episodios, en función de la intensidad, duración y frecuencia de cada uno de los mismos, con un planteamiento individualizado y estratificado. El tratamiento sintomático deberá indicarse siempre.

Sintomático

Hoy en día se dispone de tratamientos eficaces para controlar los síntomas de la migraña, que abarcan desde los analgésicos, anti inflamatorios y antieméticos para la migraña leve-moderada, a los triptanes para la migraña moderada y severa, que han demostrado una eficacia del alivio del dolor a las 2 horas de su ingesta en el 69 por ciento de los pacientes, y que han experimentando un avance espectacular en cuanto a rapidez y eficacia en el control del dolor, permitiendo que los pacientes con migraña puedan llevar una vida normal.

Farmacológico

Son fármacos que se usan para abortar las crisis. Deben administrarse tan pronto como sea posible y manejarse a dosis adecuadas. En este grupo se incluyen: analgésicos y AINES, triptanes, ergóticos, antieméticos y procinéticos, inhalación de oxígeno al 100 por cien, corticoides, opiáceos mayores y gabapentina.

No farmacológico

También son útiles ciertas medidas no farmacológicas en el tratamiento agudo de la migraña, como dormir, aislamiento sensorial, aplicar frío o presión sobre las sienes y algunas técnicas de relajación.

Profiláctico

La indicación para este tipo de tratamiento ha de establecerse individualmente cuando la frecuencia de las crisis sea superior a 3 mensuales, la intensidad de las

mismas sea grave con limitación importante para las actividades de la vida cotidiana, los tratamientos sintomáticos no sean eficaces o generen efectos secundarios, el aura resulte intolerable psicológicamente o incapacitante. El objetivo es reducir la frecuencia de las crisis en un 50 por ciento.

Desde la perspectiva no farmacológica, se debe incidir en los aspectos de la educación del paciente sobre su enfermedad, mecanismos, orientaciones terapéuticas y cambios en el estilo de vida destinados a combatir los desencadenantes de las crisis. Como orientación general, puede ser útil promover un patrón de sueño y horario de comidas regulares, práctica de ejercicio, evitación del estrés y de una relajación excesiva, y evitación de desencadenantes de tipo alimentario. El mensaje clave podría resumirse en una búsqueda de cierta regularidad en los hábitos, más que la adherencia a una larga lista de prohibiciones de alimentos y actividades.

Se han propuesto medidas no farmacológicas como:

1. Mejorar el estado físico general (deporte y gimnasia de mantenimiento ejercitado de forma regular).
2. Tratamiento dental y fisioterapia cuando coexistan circunstancias susceptibles de beneficiarse de estas medidas, cuya influencia en la migraña sea claramente negativa.
3. Psicoterapia. Se ha comprobado que la relajación y el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo a nivel sintomático en los casos de comorbilidad en la esfera ansioso-depresiva. Un abordaje psicológico más profundo cuando se aprecian factores psicógenos, vinculares o relacionales también es efectivo. Técnicas como yoga, meditación, biorretroalimentación e hipnoterapia no tendrían una eficacia demostrada.

La falta de información sobre la enfermedad provoca el abuso y automedicación con fármacos no específicos, como los analgésicos simples, que repercuten en la falta de control de la enfermedad y que incluso pueden cronificar las crisis de migraña, de ahí la importancia de proporcionar una información correcta sobre la enfermedad. Un protocolo cognitivo-conductual para el tratamiento de la cefalea incluiría:

1. Procedimientos de relajación con los objetivos de:
 - a. Reducir la tensión muscular.
 - b. Mentalizar acerca de la relación temor-tensión emocional-cefaleas (visualización, en términos cognitivos).

c. Recontextualizar el dolor de manera adaptativa:

- Evitando usar el dolor como una forma de obtener ayuda de los demás.
 - Evitando usar el dolor como sustitutivo de sentimientos desagradables
2. Consecución de objetivos. Es equivalente a adquirir mayor autonomía en lugar de adoptar actitudes pasivo-dependientes. Una vía para las crisis de no excesiva intensidad puede ser recomendar al paciente que, durante las mismas, antes de tomar analgésicos o meterse en cama, intente controlar el dolor paseando lentamente al aire libre, por ambientes frescos y tranquilo.
 4. No se ha probado que las medidas fitoterapéuticas, homeopatía y reflexología sean beneficiosas, más allá del efecto atribuible al placebo.

Por tanto, para lograr un mejor manejo de la migraña es preciso informar y educar al paciente sobre su enfermedad, marcar unos objetivos terapéuticos realistas y fomentar la autonomía del paciente, ya que es quién decide cuándo y cómo va a tomar la medicación sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. *Headache*. 2006 Oct; 46(9):1334-43.
2. Brandes JL. Treatment approaches to maximizing therapeutic response in migraine. *Neurology*. 2003 Oct 28; 61(8 Suppl 4):S21-6.
3. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantoni AS, Napoli L, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia*. 1998 Sep; 18(7):455-62.
4. International Headache Society Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1-160.
5. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. *Neurology*. 2000 Sep 12; 55(5):629-35.
6. Marcus DA, Scharff L, Mercer S, Turk DC. Nonpharmacological treatment for migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal biofeedback. *Cephalalgia*. 1998 Jun; 18(5):266-72; discussion 242.
7. www.i-h-s.org, página oficial de Internacional Headache Society.
8. Tizón J. Et al. Protocolos y programas elementales para la Atención Primaria a la salud mental. Editorial Herder, Barcelona 1997.

Pautas para el paciente y sus familiares

- 1** Es importante entender que la migraña es una enfermedad de curso crónico, episódico y benigno, que necesita de un diagnóstico preciso.
- 2** Esté atento a la posible aparición de síntomas de alarma.
- 3** Existen factores desencadenantes de la migraña que debe conocer.
- 4** Tenga en cuenta que los objetivos reales del tratamiento se centran más en el control de los síntomas que en la curación.
- 5** Sea consciente del riesgo de la automedicación y del abuso de analgésicos.
- 6** Existen otros síntomas de la migraña, junto al dolor de cabeza: náuseas, vómitos y fotofobia.
- 7** Se debe identificar el significado del aura, aunque se trate de una migraña sin aura.
- 8** Tenga en cuenta que deberá someterse a controles médicos de seguimiento.
- 9** Se deben diferenciar los objetivos de los tratamientos preventivo y abortivo.
- 10** Es importante la comprensión de la fisiopatología, por lo que debe ser explicada de manera sencilla.

Asociaciones

Asociación Española de Pacientes con Cefalea:
www.aepac.es



MSD

El lado humano de la medicina
www.msd.es

Texto disponible en Internet para ofrecerlo a sus pacientes. Consultar y descargar en:
www.elmedicointeractivo.com o www.elperiodicodelafarmacia.com